

# 問診表

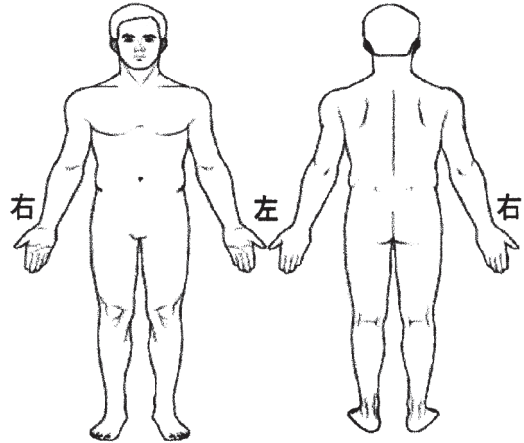
年 月 日 時 分

|      |     |      |     |      |       |
|------|-----|------|-----|------|-------|
| ふりがな | 男・女 | 生年月日 | 年   | 月    | 日生(才) |
| 氏名   |     |      |     |      |       |
| 〒    | —   |      |     | (自宅) |       |
| 住所   |     |      | TEL |      |       |
|      |     |      |     | (携帯) |       |

■ どこが悪いですか。右の絵に○で印をつけて下さい

■ どのような症状ですか

|        |       |      |
|--------|-------|------|
| めまい    | 頭痛    | 話にくい |
| 力が入らない | しびれる  | 重い   |
| いたい    | はれている | 切った  |
| その他    | _____ |      |



■ いつからですか \_\_\_\_\_

■ 思いあたる原因はありますか \_\_\_\_\_

交通事故 勤務中(労災予定) (勤務先: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_)

■ 今までにかかった病気や、現在治療中の病気はありますか

高血圧 心臓病 糖尿病 喘息 緑内障 高脂血症  
胃腸の病気 肝臓の病気 腎臓の病気 肺の病気 交通事故  
その他 病名: \_\_\_\_\_

■ 現在飲んでいる薬はありますか

なし  
あり (お薬手帳持参) 受付に出して下さい  
あり (お薬手帳なし) 薬品名: \_\_\_\_\_

■ 今までに手術の経験はありますか

なし あり 病名: \_\_\_\_\_  
いつ頃: \_\_\_\_\_ 病院名: \_\_\_\_\_

■ 食べ物やお薬でアレルギーはありますか。ある場合はその名前を記入して下さい

なし あり 食べ物: \_\_\_\_\_ お薬: \_\_\_\_\_

■ たばこ

吸わない 吸う

■ 女性の方へ

妊娠中ですか はい いいえ 可能性がある  
授乳中ですか はい いいえ

■ アルコール

飲まない 飲む

■ 介護保険についてお尋ね致します(該当される方)

認定 なし あり 要支援(1・2)  
要介護(1・2・3・4・5)

■ 他に是非伝えておきたいことがあればご記入下さい